

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1910-1911. — N° 119

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

Végétations Adénoïdes chez les Nourrissons

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 18 Juillet 1911

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Michel DURIF

Né à Ambert (Puy-de-Dôme), le 5 septembre 1885.



TRÉVOUX

IMPRIMERIE JULES JEANNIN

—
1911

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES VÉGÉTATIONS ADÉNOÏDES CHEZ LES NOURRISSONS

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1910-1911. — N° 119

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

Végétations Adénoïdes chez les Nourrissons

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 18 Juillet 1911

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Michel DURIF

Né à Ambert (Puy-de-Dôme), le 5 septembre 1885.



TRÉVOUX
IMPRIMERIE JULES JEANNIN

—
1911

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. DOYEN.
J. COURMONT ASSESSEUR.

Professeurs honoraires

MM. CHAUVÉAU, AUGAGNEUR, MONOYER, SOULIER, TRIPIER,
CAZENEUVE, LÉPINE.

Professeurs

Cliniques médicales.....	}	MM. TEISSIER.
Cliniques chirurgicales		ROQUE.
Clinique obstétricale et accouchements.....		BARD.
Clinique ophtalmologique.....		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		JABOULAY.
Clinique des maladies mentales.....		FABRE.
Clinique des maladies des enfants.....		ROLLET.
Clinique des maladies des femmes.....		NICOLAS.
Physique médicale.....		PIERRET.
Chimie médicale et pharmaceutique		WEILL.
Chimie organique et toxicologie.....		POLLOSSON (A.).
Matière médicale et botanique.....		CLUZET.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		HUGOUNENQ.
Anatomie.....		MOREL.
Anatomie générale et histologie.....		BEAUVISAGE.
Physiologie.....		GUIART.
Pathologie interne.....		TESTUT.
Pathologie et thérapeutique générales.....		RENAUT.
Anatomie pathologique.....		MORAT.
Médecine opératoire		COLLET.
Médecine expérimentale et comparée.....		COURMONT (P.).
Médecine légale.....		PAVIOT.
Hygiène.....		POLLOSSON (M.).
Thérapeutique		X...
Pharmacologie.....		LACASSAGNE.
		COURMONT (J.).
		PIC.
		FLORENCE.

Professeurs adjoints

Physiologie, cours complémentaire.....	MM. DOYEN.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS.
Pathologie externe.....	VALLAS.
Maladies des voies urinaires.....	ROCHET.

Chargés de cours complémentaires

Chimie minérale.....	BARRAL.	agréé
Propédeutique chirurgicale.....	BERARD.	—
Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.	—
Chirurgie infantile.....	NOVE-JOSSERAND.	—
Accouchements.....	COMMANDEUR.	—
Matière médicale.....	MOREAU.	—
Embryologie.....	REGAUD.	—
Anatomie topographique.....	PATEL.	—
Botanique.....	BRETIN.	—

Agrégés

MM.	MM.	MM.
SAMBUC.	LESIEUR.	LERICHE.
REGAUD.	Et. MARTIN.	THEVENOT.
COMMANDEUR.	LAROYENNE.	TAVERNIER.
GAYET.	VORON.	CADE.
NEVEU-LEMAIRE.	NOGIER.	MOURIQUAND.
PATEL.	LATARJET.	ARLOING (F.).
J. LÉPINE.	BRETIN.	GUILLEMARD.

M. BAYLE, *secrétaire.*

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. WEILL, *Président*; LANNOIS, *Assesseur*;
MM. VORON et MOURIQUAND, *Agrégés.*

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

*En témoignage de mon affection et de
ma reconnaissance.*

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MES MAITRES

DES HÔPITAUX ET DE LA FACULTÉ DE LYON
DES HÔPITAUX DE SAINT-ETIENNE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR WEILL

Professeur de Clinique Médicale Infantile

MON PRÉSIDENT DE THÈSE

AUX MEMBRES DE MON JURY

MM. LES PROFESSEURS LANNOIS, VORON

ET MOURIQUAND

*Nous assurons de notre profonde gratitude tous
les Maîtres qui ont guidé notre éducation médicale.*

DANS LES HOPITAUX DE LYON

Stage :

M. JABOULAY, professeur de Clinique Chirurgicale.

M. NICOLAS, professeur de Clinique Dermatologique.

M. ROQUE, professeur de Clinique Médicale.

M. VILLARD, chirurgien des Hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté.

Externat :

M. WEILL, professeur de Clinique Médicale Infantile.

M. A. POLLOSSON, professeur de Clinique Gynécologique.

M. le docteur BARJON, médecin des Hôpitaux.

M. le docteur VIGNARD, chirurgien des Hôpitaux (Chirurgie Infantile).

DANS LES HOPITAUX DE SAINT-ÉTIENNE

M. le docteur MARTEL, chirurgien des Hôpitaux (Chirurgie et Maternité).

M. le docteur RIOLACCI.	} Service de Médecine.
M. le docteur LEYRAL.	

Nous sommes très reconnaissant à M. le docteur Gerest et à M. le docteur Moreau, de l'extrême bienveillance avec laquelle ils nous ont toujours reçu dans leurs services et des précieux conseils qu'ils nous ont gracieusement donnés.

Nous n'oublierons pas les excellentes leçons pratiques de M. le docteur Quincieu, que nous avons eu le plaisir de connaître à la Clinique gynécologique, et qui a toujours fait preuve d'une grande amabilité à notre égard.

M. le professeur Lannois et M. le docteur Garel se sont fait un plaisir de nous choisir, parmi leurs nombreuses observations de végétations adénoïdes chez les nourrissons, quelques-unes des plus intéressantes. M. le docteur Rivière nous en a fourni une également très typique. Nous les en remercions bien sincèrement.

M. le docteur Sargnon nous est très aimablement venu en aide, non seulement en nous fournissant un grand nombre d'observations, mais en nous prodiguant aussi ses conseils; pendant plusieurs mois nous avons suivi ses consultations, dont nous avons retiré le plus grand profit. Nous le prions de croire à notre vive reconnaissance.

Nous remercions tout spécialement M. le professeur Weill, qui a gracieusement mis à notre disposition les observations de la Clinique infantile, et, après avoir été notre Maître, nous fait aujourd'hui le très grand honneur de présider notre thèse.

Nous nous remémorerons toujours avec plaisir le temps heureux, hélas bien court, que nous avons

vécu à l'Internat de Saint-Etienne ; les camarades que nous y avons connus resteront tous pour nous d'excellents amis.

Que tous ceux avec qui nous avons eu des rapports amicaux au cours de nos études, et spécialement notre excellent camarade Jean Gaté, interne des Hôpitaux, dont l'amitié nous a été particulièrement précieuse, agréent l'expression de nos sentiments affectueux.

Introduction et historique

Depuis que M. Lubet-Barbon, en 1891, par un article paru dans la *Revue des Maladies de l'Enfance*, attira l'attention sur les végétations adénoïdes des nourrissons, dont il fit une description magistrale, nombre d'auteurs ont apporté leur contribution à l'étude de cette question. Huber, de New-York, dans les *Archiv of Pédiatrie*, en 1894, reprend la description des symptômes objectifs de cette affection. En 1897, le Docteur Cuvilier (de Paris) présente au Congrès international de Médecine et de Chirurgie de Moscou, une étude d'ensemble à l'appui de laquelle sont apportées 64 observations ; la même année un de ses élèves, Guénau, étudie ce sujet dans sa thèse ¹.

En 1903, M. le Professeur Weill, dans la thèse d'un de ses élèves, Liberge ², attire l'attention sur les ac-

¹ Guénau : Th. de Paris. 1897.

² Liberge : Th. de Lyon, 1903. Sur une forme particulière du spasme de la glotte.

cès de laryngospasme liés à la présence de tumeurs adénoïdes ; il préconise leur excision qui amène la disparition des crises.

Le professeur Massei (de Naples), dans les Archives italiennes de Laryngologie (1904), confirme la fréquence des végétations dans le bas-âge, mais, contrairement aux auteurs précédents, préconise l'ablation en une seule séance.

Plus récemment, MM. Variot, le Marc'Hadour et Roger signalent à la Société de Pédiatrie (juin 1905) le retentissement que peuvent avoir les végétations adénoïdes sur la croissance du nourrisson. Le 27 août de la même année, dans un article publié par le *Journal de Médecine* de Bordeaux, le professeur Moure précise quelques points particuliers du tableau clinique et du diagnostic de cette affection, et émet quelques vues personnelles sur le traitement à y apporter. La thèse de Casabianca (déc. 1905), inspirée par le maître de Bordeaux, ne fait que confirmer les vues précédentes.

En 1906 enfin, Elmerich, dans sa thèse ¹, développe les idées de M. Variot, et étudie longuement les troubles apportés dans le développement du nourrisson par les végétations adénoïdes.

Comme on le voit, la question qui nous occupe a fait l'objet dans ces vingt dernières années, d'un grand nombre de travaux et de publications. Nous avons pu, à notre tour, réunir quelques observations dont certaines mettent en relief la fréquence et parfois la

¹ Elmerich : Th. de Paris, Nov. 1906.

gravité des complications inhérentes à cette affection. Il nous a paru intéressant de les publier, et, à ce propos, nous reviendrons brièvement sur l'étude clinique de ce point particulier de la Médecine Infantile.

Qu'on nous permette toutefois, pour une plus parfaite compréhension du sujet, de faire précéder notre étude d'un court aperçu sur l'amygdale pharyngée.

Aperçu embryologique, anotomique et Anatomo-pathologique.

Au cours du développement du fœtus in utero, l'amygdale pharyngée se présente primitivement sous forme d'une infiltration lymphoïde diffuse. Au cinquième mois, il n'existe ni sillons, ni replis, si ce n'est un sillon médian visible à l'œil nu, mais le microscope révèle des éléments lymphatiques dans la sous-muqueuse. Au septième mois, il n'y a pas encore de follicule nettement caractérisé, mais l'infiltration gagne en épaisseur et en étendue, les sillons et les replis font leur apparition. Au neuvième mois, les formations folliculaires se constituent et les détails morphologiques deviennent plus apparents.

Mais c'est surtout au cours des premières années de la vie extra-utérine que l'on voit s'accroître la prolifération du tissu conjonctif et des éléments lymphoïdes. Grâce à l'activité nouvelle de ces éléments

et du tissu de soutien, les crêtes deviennent plus saillantes, les sillons plus profonds, les follicules plus nombreux, et progressivement l'amygdale pharyngée évolue vers son complet développement, qu'elle n'atteint qu'à l'âge de cinq ans.

Topographiquement cette amygdale occupe la voûte du pharynx nasal et s'étend des choanes jusqu'à l'arc antérieur de l'atlas; latéralement, elle aboutit à la face postérieure du bourrelet tubaire. Jusqu'à un an, la tonsille pharyngienne se développe d'arrière en avant, s'avancant vers les choanes. A douze mois, elle occupe la voûte tout entière, sans descendre au-dessous d'un plan horizontal passant par le bord supérieur de celles-ci. L'accroissement se fait ensuite suivant tous les diamètres.

Notons que le pavillon de la trompe chez le nouveau-né est inférieur au plan de la voûte pharyngée et que les fossettes de Rosenmüller sont à peine marquées à cet âge. Le vomer est cartilagineux et a une position très oblique.

Macroscopiquement, l'amygdale pharyngée semble constituée par des crêtes d'un rose pâle, plus ou moins molles et séparées l'une de l'autre par des sillons. Crêtes et sillons ont ordinairement une direction longitudinale et convergent en arrière.

Microscopiquement, même constitution que les amygdales palatines.

Sans entrer dans l'étude détaillée des fonctions de cet organe, qui n'est qu'un point particulier de la physiologie si controversée des amygdales, nous ne pouvons passer sous silence les rapports physio-pa-

thologiques que certains auteurs récents établissent entre l'amygdale pharyngée et l'hypophyse.

D'après Citelli ¹, une hypophyse accessoire, l'hypophyse pharyngée, est presque toujours constante dans la première et la deuxième enfance. Il y aurait toujours des rapports vasculaires évidents entre l'hypophyse pharyngée, le tissu conjonctif qui l'entoure, la muqueuse et l'amygdale pharyngée ; des rapports vasculaires existent également entre l'hypophyse pharyngée et l'hypophyse centrale à travers la selle turcique et le basi-sphénoïde. Dès lors, le système hypophysaire peut être altéré dans son fonctionnement par les processus adénoïdiens ; ainsi s'expliqueraient les cas où un développement rapide du squelette a été observé après l'ablation des végétations adénoïdes.

M. Poppi, dans un ouvrage tout récent, intitulé : « L'hypophyse cérébrale et pharyngée dans la nosologie ² », parle de ses recherches et de celles du professeur Giacomino, sur la persistance partielle du canal hypophysaire chez l'adulte, qui unit l'hypophyse de la selle turcique avec l'hypophyse pharyngée à travers le sphénoïde postérieur. Il insiste sur les relations de l'hypophyse avec le thymus, le corps thyroïde et les capsules surrénales ; ces relations, dit-il, sont démontrées par les expériences du laboratoire et par la clinique. Thyroï-

¹ Annales des maladies de l'oreille, etc., nov. 1910. L'hypophyse pharyngée dans la 1^e et la 2^e enfance ; ses rapports avec la muqueuse pharyngée et l'hypophyse centrale par le Dr Citelli.

² A. Poppi. Chez Paolo Neri. Bologne, 1911.

disme, thymisme, adénoïdisme coexistent souvent ; cette concomitance, quelle que soit sa cause, ne paraît pas du tout être l'effet du hasard. On a vu également les lésions ou l'ablation de l'hypophyse pharyngée confondue avec la tonsille de la voûte, coïncider avec le goître exophtalmique ou avec la maladie bronzée d'Addisson. Tantôt l'extirpation des végétations adénoïdes a amélioré ces états morbides, tantôt, au contraire, elle les a provoqués.

Au point de vue anatomo-pathologique, les tumeurs adénoïdes des nourrissons affectent généralement la forme de petits nodules du volume d'un pois chiche, souvent très nombreux, de coloration rose pâle, de consistance molle, faciles à enlever et produisant une hémorragie minime.

Fréquence et Etiologie

A mesure que cette affection a été mieux connue et recherchée d'une façon systématique, les auteurs se sont accordés à reconnaître la fréquence relativement grande des végétations adénoïdes au cours des deux premières années de la vie.

Guéneau, dans sa thèse, dit avoir trouvé, sur 942 cas de végétations adénoïdes observés à Polyclinique des enfants malades, à Paris, 48 cas se rapportant aux nourrissons, soit environ une proportion de 5 p. 100. Casabianca, d'après une statistique faite sur 2.500 cas observés à la Clinique oto-rhino-laryngologique du professeur Moure, indique une moyenne un peu inférieure à la précédente.

Toute proportion, même relative, nous paraît difficile à établir, en raison de la latence fréquente de cette affection et par là-même de la faible importance que prend dans la statistique générale le petit nombre de cas vus et traités par les spécialistes. Ayant

nous-même puisé à des sources différentes, nous n'apportons aucun chiffre, mais nous sommes bien convaincu de la place importante que tient cette affection dans la pathologie de la première enfance.

..

Les facteurs invoqués au point de vue étiologique sont légion. Il nous semble rationnel de mettre en évidence les deux ordres d'idées qui ont eu cours à ce sujet.

Casabianca, se faisant le reflet des idées antérieurement admises, est partisan du caractère congénital de ces végétations. M. Marfan, au contraire, dans un article publié par la *Semaine Médicale* du 18 septembre 1907, se fait une conception différente de la question et, à la suite d'une discussion très serrée, conclut à une véritable relation de cause à effet entre le rachitisme et les végétations.

En fin de cause, toutes les intoxications chroniques de l'enfance doivent être incriminées ; celles-ci agiraient sur les organes hématopoïétiques, non seulement sur la moelle osseuse, comme chez l'adulte, mais aussi sur les ganglions, la rate et le tissu lymphoïde, amenant simultanément chez certains sujets l'hypertrophie de l'amygdale pharyngée et les symptômes classiques du rachitisme. Rachitisme et végétations peuvent d'ailleurs exister à la naissance, ceci d'une façon tout à fait exceptionnelle, mais il s'agit alors, au dire de M. Marfan, d'intoxications survenues au cours de la vie intra-utérine.

Quoi qu'il en soit, les intoxications mises en cause par tous les auteurs et facilitées dans leur action par toutes les irritations locales répétées, peuvent constituer l'apanage exclusif du nourrisson et tenir aux complications gastro-intestinales de l'allaitement (dyspepsie chronique) ou aux infections multiples qui se rencontrent à cet âge de la vie. Mais souvent aussi les ascendants entrent en ligne de compte, et nous devons signaler l'importance que l'on a accordée à la syphilis, à la tuberculose, aux différentes intoxications chroniques et, d'une façon générale, à toutes les causes débilitantes des parents. Le nourrisson recevrait en héritage ces intoxications ; ce seraient celles-ci — facteur étiologique — qui seraient congénitales et non point les végétations.

Tableau Clinique

A leur début, les végétations passent souvent inaperçues ; c'est lorsque leur volume entraîne une gêne mécanique de la respiration nasale ou lorsque leur présence détermine certains symptômes réflexes que l'attention des médecins est attirée du côté du cavum. Parfois aussi, c'est la cachexie dans laquelle est tombé un petit être dépérissant faute de s'alimenter, qui incite les parents à conduire l'enfant à une visite médicale.

Le début peut donc être variable : troubles respiratoires, difficulté de l'alimentation, mauvais état général coexistent souvent, mais non forcément ; la gêne respiratoire étant de beaucoup le symptôme prédominant au début de cette affection.

Sans insister davantage sur les troubles initiaux, nous allons nous efforcer d'esquisser un tableau clinique en supposant les symptômes au grand complet.

La situation même de l'amygdale pharyngée, au confluent des cavités nasale et buccale et au voisinage des orifices tubaires, nous permet de prévoir les signes susceptibles d'être observés.

Les nourrissons porteurs de végétations présentent presque constamment du coryza. Celui-ci, banal dans son allure, se caractérise par de l'enchifrènement, par de la gêne ou même de l'impossibilité de la respiration nasale, par la production de croûtes, par l'écoulement d'un liquide séreux pouvant affecter l'aspect d'un véritable jetage qui irrite les narines rouges, quelquefois ulcérées. Mais ce qui caractérise ce coryza, c'est sa tendance à la chronicité, sa reproduction facile; le traitement local le plus anodin peut en venir rapidement à bout, mais le coryza ne tarde pas à récidiver, conditionné par la compression qu'exerce sur les veines de la muqueuse nasale la tumeur que l'on a méconnue (Lubet-Barbon), et aussi par les poussées infectieuses qui ont leur point de départ dans cette même tumeur.

Dans le même ordre d'idées, nous pourrions observer du catarrhe tubaire se caractérisant par une diminution de l'ouïe.

Ces troubles de la respiration nasale sont le point capital d'où découlent tous les autres symptômes. C'est ainsi que la respiration, même à l'état de repos, sera courte, fréquente, pénible. Elle s'accompagne même le plus souvent de ronflement à prédominance nocturne, et parfois d'un bruit analogue au « coassement de la grenouille », que M. Moure considère comme un signe pathognomonique.

Pour les mêmes raisons, l'alimentation de l'enfant subit de profondes modifications, qu'il s'agisse d'ailleurs de l'alimentation au sein ou au biberon. L'enfant tôte pendant quelques secondes en faisant de profondes inspirations et on le voit pendant ce temps se cyanoser et présenter des signes manifestes d'un commencement d'asphyxie ; aussi ne tarde-t-il pas à lâcher le sein et à se rejeter en arrière, secoué quelquefois par une crise de toux que déterminent les mucosités de l'arrière-gorge ou une déglutition défectueuse.

Nous insistons intentionnellement sur ces troubles de l'alimentation ; bien qu'ils ne soient pas les premiers en date, ce sont souvent les premiers observés par les parents : c'est pour eux qu'on vient consulter le médecin.

L'alimentation n'est pas seule à souffrir de l'obstacle apporté à la respiration nasale. D'une part, la respiration devient insuffisante, l'hématose défectueuse, et d'un autre côté l'air inspiré n'étant plus soumis à l'action thermique, humidifiante et bactéricide du mucus nasal, entraîne avec lui des causes morbides multiples.

A ces différentes considérations ne se borne pas l'étude des troubles respiratoires. Les sécrétions nasales, étant donné l'absence d'un courant d'air expiratoire évacuateur, stagnent dans le cavum et par leur présence ou plutôt par les mouvements qui peuvent leur être imprimés, déterminent de fréquents accès de toux qui, dans ce cas particulier, ne présentent d'ailleurs aucun caractère pénible ; les parents

se plaignent de ce que l'enfant a la poitrine grasse, et la toux ne traduit qu'un besoin de désencombrer les voies aériennes.

Il y a plus et on peut logiquement considérer les végétations comme une épine irritative, point de départ de réflexes divers dont la toux est le symptôme le plus fréquent. C'est ainsi que s'expliqueraient la toux à caractère coqueluchoïde et aussi la toux nocturne (obs. XXV) qui peuvent se rencontrer chez ces petits malades.

C'est encore cette même pathogénie que nous invoquerons pour expliquer deux ordres de phénomènes plus rares, possibles au cours de l'évolution de ces végétations. Nous voulons parler du spasme de la glotte et de l'asthme infantile.

La première de ces manifestations est bien connue de tous les praticiens. Brusquement, le plus souvent la nuit, sans cause apparente, l'enfant présente des phénomènes de dyspnée très particuliers. Les mouvements respiratoires s'arrêtent subitement, le thorax étant en inspiration forcée ; la face est pâle et trahit une angoisse extrême ; les yeux sont hagards, parfois plafonnants ; le cœur présente des battements tumultueux et irréguliers ; le pouls est rapide, petit, filiforme ; les téguments se recouvrent d'une sueur froide. En somme, tout concourt à donner au tableau le caractère le plus dramatique. Si l'arrêt des fonctions respiratoires se prolonge, on peut voir la peau et les muqueuses cyanosées ; l'asphyxie devient rapidement menaçante. En général, la période d'apnée ne dure que quelques secondes ; l'enfant fait une

profonde inspiration, assez particulière, et qui ne peut être comparée ni au hoquet ni à la reprise de la coqueluche ; puis les mouvements respiratoires reprennent, d'abord espacés et profonds, le rythme se régularise et finalement tout rend dans l'ordre. Ces crises peuvent se répéter fréquemment, ne laissant entre elles que quelques instants de répit et portant à l'extrême l'anxiété de l'entourage.

Cet accès dyspnéique, d'aspect si spécial, a été attribué, suivant les auteurs, à des causes bien différentes. Parmi celles-ci, il faut faire une place à part aux végétations adénoïdes. Liberge, dans sa thèse inspirée par M. le professeur Weill, a bien mis ce fait en évidence.

Nous apportons à notre tour de nouvelles observations confirmatives.

On sait, d'autre part, le rôle que peuvent jouer les végétations adénoïdes, au même titre d'ailleurs que les polypes ou autres tumeurs du naso-pharynx, dans la production du pseudo-asthme réflexe. Mais cette manifestation peut-elle se rencontrer dans les premières années de la vie ? D'après Salter, les six premières années revendiqueraient à elles seules le quart des cas de ce genre, mais à notre connaissance cette manifestation est très rare chez le nourrisson. Nous en rapporterons deux cas (obs. XXI et XXIV).

Les incidents dont nous avons signalé la constance au cours de l'allaitement de ces petits malades, n'ont pas uniquement des conséquences respiratoires. L'enfant s'alimente mal, avec peine, il finit même par refuser le sein par crainte des accidents asphyxi-

ques dont il garde bonne mémoire. De cette insuffisance de l'alimentation résulte un amaigrissement, une perte de poids de plus en plus marquée et, si l'on n'apporte à l'affection causale un traitement approprié, on voit s'installer rapidement une véritable cachexie adénoïde et rien n'est aussi lamentable que de voir se réaliser assez rapidement et sans cause appréciable chez ces petits malades, le tableau complet de l'athrepsie (obs. XIX). Cette profonde déchéance organique peut même aboutir à la mort (obs. XVIII).

Signes physiques. — Quand on a l'occasion d'examiner un de ces petits malades, on est immédiatement frappé de leur aspect. « La bouche est toujours ouverte, les narines dilatées ; ils ont ce qu'on peut appeler le facies inspiratoire, ils sont occupés à respirer. Leur visage est d'une pâleur livide, leurs traits sont tirés, émaciés, leurs gencives sèches, leur respiration bruyante, pénible ; les ailes du nez sont animées de battements continuels » (Lubet-Barbon). L'enfant paraît anxieux. Si on l'observe pendant son sommeil, on constate que celui-ci est troublé par des cauchemars, une agitation continue.

Si on fait ouvrir la bouche d'un de ces nourrissons et qu'on pratique le toucher pharyngien, avec le petit doigt de préférence, en raison de l'exiguité du cavum à cet âge, on peut sentir des masses bourgeonnantes remplissant le naso-pharynx. On doit souvent se contenter de percevoir ces tumeurs à travers la voile, ce qui réclame une certaine habitude (toucher médiate).

L'examen du sang des adénoïdiens montre une diminution constante du nombre des globules rouges. La valeur globulaire reste ordinairement normale. En revanche, il y a augmentation des globules blancs, surtout en ce qui concerne les polynucléaires neutrophiles. Le nombre des éosinophiles reste le même. Ces modifications de la formule sanguine disparaissent d'ailleurs après l'intervention.

Formes cliniques

Le tableau clinique que nous venons de tracer, commode pour une description d'ensemble, ne répond pas à la généralité des cas. Parmi les symptômes énumérés, beaucoup sont habituels, pathognomoniques et attirent instinctivement l'attention du médecin sur leur véritable cause ; d'autres, bien que caractéristiques, peuvent, par le cachet spécial qu'ils impriment à l'affection, mettre le médecin dans l'embarras et égarer le diagnostic. Aussi croyons-nous rationnel de considérer deux formes cliniques bien distinctes.

La première, banale, répond à la majorité des cas et présente tout le cortège plus ou moins chargé des troubles respiratoires et digestifs que nous avons précédemment énumérés ; nous la rappelons sans y insister.

La seconde forme, beaucoup plus intéressante, parce que moins connue, a été signalée par M. le Pro-

fesseur Weill et décrite dans la thèse de son élève Liberge. Il s'agit d'enfants nerveux souvent exempts de troubles respiratoires et digestifs appréciables, qui présentent divers phénomènes réflexes dont le plus important et le plus caractéristique est le laryngospasme. M. le professeur Weill pense qu'une cause insignifiante suffit à faire naître cet accident chez le nourrisson ; s'il n'y a pas de troubles digestifs manifestes, ce sont presque toujours les végétations adénoïdes qui doivent être mises en cause. « Il existe des cas, et la plupart des spasmes que j'ai observés rentrent dans cette catégorie, où la seule manifestation observée est le spasme du larynx, sans ronflement, sans signes d'obstruction nasale. Il s'agit de petites végétations qui ne sont pas oblitérantes » (Weill). Celles-ci produisent probablement, par un effleurement de la muqueuse, une excitation mécanique des rameaux terminaux du laryngé supérieur et du récurrent.

Nous ne reviendrons pas sur la description déjà faite du spasme de la glotte ; nous avons seulement voulu en indiquer la valeur diagnostique et mettre en garde le médecin qui, en présence d'une pareille manifestation, saura suspecter la présence de végétations adénoïdes et trouvera dans une intervention opportune la confirmation de ses prévisions.

Evolution

Les végétations adénoïdes abandonnées à elles-mêmes, s'accroissent généralement jusqu'à l'âge de 5 ans, pour rester ensuite stationnaires et régresser pendant l'adolescence. En présence de symptômes fonctionnels de moyenne intensité, on pourrait donc être tenté d'attendre, en spéculant sur cette régression spontanée et pour ainsi dire physiologique des tumeurs adénoïdiennes. Mais cette expectative ne va pas sans encombre et peut compromettre gravement la santé du jeune enfant. Sans revenir sur la fréquence du spasme glottique, sur la possibilité de l'asthme réflexe et aussi de l'athrepsie, nous ne pouvons passer sous silence les trop nombreuses complications qui sont à redouter.

Complications

Localement, on peut constater des poussées d'adénoïdite suppurée, avec fièvre et mauvais état général, relativement graves par elles-mêmes à cet âge et aussi par l'exagération des symptômes propres de la maladie. Indirectement, à la suite de l'infection des tumeurs adénoïdiennes, on peut assister exceptionnellement à l'éclosion d'une adénite suppurée ou d'un abcès rétro-pharyngien. Par infection de voisinage, il y a très souvent du catarrhe tubaire, de l'otite catarrhale sèche avec tympan épaissi, de l'otite catarrhale exsudative, de l'otite moyenne suppurée avec perforation du tympan; quelquefois même de la labyrinthite¹ ou des complications mastoïdiennes particulièrement redoutables chez les nourrissons. Les phénomènes d'otite sont fréquemment bilatéraux et il peut en résulter des troubles auditifs très graves

¹ Th. de Casabianca.

qui, s'ils ne sont pas soignés à temps, peuvent entraîner ultérieurement de la surdi-mutité¹.

L'infection peut aussi se propager cliniquement aux sinus, même aux sinus frontaux (obs. XII); quel que soit l'état anatomique des sinus et de l'ethmoïde à cet âge; dans ces cas il y a généralement des lésions concomitantes grippales. La déglutition des mucosités purulentes qui stagnent dans le cavum détermine parfois une forme de gastro-entérite, banale par sa symptomatologie, mais tenace tant que la cause persiste.

Le catarrhe rhino-pharyngien peut s'étendre aux premières voies respiratoires et déterminer des trachéites, des trachéo-bronchites; il peut aussi et surtout constituer une cause d'appel pour des infections plus graves, qui s'étendront facilement à tout l'arbre pulmonaire.

Pour respirer, le petit adénoïdien fait des inspirations profondes; les secousses de toux qu'il présente souvent l'obligent, de leur côté, à faire des expirations énergiques et prolongées. Toutes les conditions sont réalisées pour que les fibres élastiques de l'alvéole pulmonaire se laissent distendre, puis forcer, et l'emphysème se réalise progressivement. Longtemps, les lésions pulmonaires ont été mises en cause pour expliquer les déformations thoraciques fréquentes chez les adénoïdiens. M. Marfan, dont nous avons précédemment exposé les idées, a fait

¹ Th. de Casabianca.

justice de cette opinion en reconnaissant au rachitisme un rôle prépondérant.

Rappelons enfin l'influence qu'on a voulu attribuer aux végétations adénoïdes sur la production du myxœdème.

Pronostic

Le pronostic de cette affection est, par suite, difficile à établir. Relativement bénigne par elle-même, l'hypertrophie de l'amygdale pharyngée est surtout grave par les complications qu'elle entraîne et par les troubles qu'elle apporte au développement de l'enfant. C'est ce dernier point que le médecin devra toujours avoir présent à l'esprit, et c'est lui qui explique l'utilité d'un diagnostic et d'un traitement précoces.

Diagnostic

Le diagnostic se fera par la constatation des troubles respiratoires, dont nous avons défini le caractère, des troubles de l'alimentation, par l'aspect du petit malade et aussi par le toucher. Celui-ci peut d'ailleurs être négligé, ainsi que nous le dirons à propos du traitement, et le même coup de pince confirme alors l'existence des végétations et en délivre le malade.

Le diagnostic différentiel ne présente pas, dans la majorité des cas, de grandes difficultés, et disons qu'en principe, on doit toujours soupçonner l'existence de végétations adénoïdes chez un nourrisson qui, sans hyperthermie, présente des troubles de la respiration nasale et de l'alimentation, surtout s'il s'y joint des crises paroxystiques de spasme laryngien. La production de ces crises ou de tout autre phénomène réflexe (accès d'asthme, toux nocturne), susceptible de traduire une forme latente de l'affec-

tion, doit immédiatement conduire à l'exploration du cavum.

L'atrésie des choanes, qui peut aller jusqu'à l'occlusion complète et être de nature osseuse ou membraneuse, sera reconnue en introduisant dans les fosses nasales une sonde de petit calibre ou un stylet coudé.

Nous ne nous attarderons pas aux différentes affections pleuro-pulmonaires qui, toutes, présentent une dyspnée ne rappelant que de très loin les troubles respiratoires, des végétations adénoïdes, et qui sont d'ailleurs toutes hyperthermiques. La constatation des signes physiques lèvera le doute. D'une façon générale, on se rend rapidement compte que l'obstacle, cause de la gêne respiratoire, occupe un siège supérieur.

Le catarrhe nasal, par son abondance et surtout par sa chronicité, permettra d'éliminer d'emblée les différents coryzas qui peuvent se rencontrer chez le nourrisson. Seul, le coryza syphilitique pourrait entraîner quelque hésitation, mais, en général, la véritable cause sera démasquée par les antécédents héréditaires, par les circonstances de l'accouchement, et surtout par les autres accidents spécifiques qui peuvent exister dès cette période : pemphigus, syphilides, troubles viscéraux, etc... Enfin, le coryza syphilitique s'accompagne le plus souvent d'un léger suintement sanguin.

La dyspnée, si particulière dans cette affection, n'éveillera même pas l'idée des laryngites banales. En revanche, l'association des troubles respiratoires

et de la gêne de l'alimentation pourrait, étant donné l'âge du petit malade, faire suspecter la présence d'un abcès rétro-pharyngien. L'hyperthermie, l'allure plus aiguë, et enfin les signes fournis par le toucher avec la sensation caractéristique du choc en retour, permettront de faire ce diagnostic.

Le cornage pourra faire penser au stridor congénital, mais, outre que celui-ci évolue sans autres signes morbides que ceux déterminés par la malformation laryngée, il existe dès la naissance et n'est pas modifié par l'occlusion des narines.

L'association de la dyspnée et du ronflement, dans certains états d'adynamie profonde a pu, exceptionnellement, éveiller l'idée d'une laryngite diphtérique, et M. Lubet-Barbon rapporte un cas semblable où les personnes de l'entourage, croyant à un croup, s'éloignaient du nourrisson, effrayées par la possibilité de la contagion.

La toux ne sera pas confondue avec celle des différentes trachéites. Seule, la toux coqueluchoïde que l'on rencontre dans certains cas de végétations peut induire en erreur ; le médecin sera éclairé par le caractère moins net des reprises ; il devra se rappeler surtout que, dans ce cas, la compression de la trachée reste sans effet, alors que dans la coqueluche, comme chacun sait, une pareille manœuvre exagère la crise et peut même la déterminer à l'état d'accalmie.

La toux de compression, signalée par M. Garel, fera rechercher les autres manifestations possibles d'une adénopathie trachéo-bronchique : matité manu-

briale et interscapulaire, cornage à prédominance expiratoire (Variot, L. Guinon), troubles dus à une compression vasculaire ou nerveuse. M. le professeur Weill rattache à la compression nerveuse un syndrome qu'il a décrit dans cette affection : « L'enfant est pris brusquement, soit à l'état de veille, soit pendant le sommeil, d'une cyanose qui débute toujours par la face, s'étend dans les cas moyens aux extrémités, et dans les cas intenses à tout le corps. La durée de cette cyanose est de quelques minutes à quelques heures. Les accès sont uniques ou multiples, se reproduisant par séries plusieurs jours de suite. Les séries sont elles-mêmes séparées par de longs intervalles ».¹ Il s'agirait là d'un simple trouble vaso-moteur.

Enfin, on se souviendra que la radioscopie est le meilleur procédé pour déceler les tumeurs ganglionnaires du médiastin.

L'hypertrophie du thymus, surtout lorsqu'elle s'accompagne de cornage et d'accès dyspnéiques paroxystiques, sera parfois d'un diagnostic difficile et nécessitera une analyse minutieuse des symptômes.

Le cornage thymique, bien différent comme caractère du ronflement naso-pharyngé, ne disparaît pas par l'occlusion des narines ; il s'accompagne souvent d'un léger tirage sus-sternal et sus-claviculaire à prédominance inspiratoire. Cornage et tirage

¹ E. Weill : *Précis de Médecine Infantile*, 3^e édition, tome III, page 187.

augmentent sous l'influence des cris, de la colère, de l'hyperextension de la tête.

Au moment des paroxysmes dyspnéiques, on note, outre l'exagération des troubles respiratoires, de la distension des veines du cou, de la turgescence des creux sus-claviculaires, une couleur bleuâtre de la face, de la tension de la grande fontanelle, parfois un peu d'œdème des paupières. Ces accès peuvent ne durer que quelques instants ou se prolonger plusieurs heures, même plusieurs jours avec des phases de calme. Ils peuvent entraîner la mort.

Le signe de Rehn est d'une appréciation délicate ; pour qu'il soit réellement significatif, il faut qu'on sente une véritable tumeur faisant saillie dans la fossette sus-sternale au moment de l'expiration.

En l'absence de troubles respiratoires nets et de crises paroxystiques, l'hypertrophie du thymus sera soupçonnée s'il existe à la percussion de la partie supérieure du sternum une zone de matité débordant légèrement le bord gauche ; mais seule la radioscopie à laquelle il faut toujours recourir en cas de doute, donne des éléments de certitude¹

¹ Nous nous sommes inspiré, pour le diagnostic de l'hypertrophie du thymus, du *Rapport sur la pathologie du thymus*, de M. Marfan, paru dans les « Comptes rendus de l'Association Française de Pédiatrie », année 1910.

Traitement

Le toucher pharyngien, nous l'avons déjà dit, n'est pas facile à pratiquer chez les enfants en bas âge, surtout pendant les six premiers mois. Le toucher médiat, à travers le voile, est toujours possible, mais réclame une certaine habitude et ne donne un renseignement que dans le cas de végétations volumineuses.

M. le professeur Weill a l'habitude d'explorer le cavum directement à la pince et de faire en même temps le diagnostic et le traitement, cette manœuvre étant naturellement justifiée par un ensemble suffisant de signes fonctionnels.

Lorsque le diagnostic est fait avant l'intervention, doit-on recourir toujours d'emblée au traitement chirurgical ?

Nous croyons que dans les cas où il n'existe pas de complications, si les troubles fonctionnels sont peu

marqués ou d'intensité moyenne, on est autorisé à essayer le traitement médical, lequel a du reste l'avantage, si on recourt plus tard à l'ablation, d'aseptiser le rhino-pharynx et de diminuer les chances d'infection.

Monsieur le Professeur Weill ordonne généralement la pommade résorcinée (à 1 p. 20), que l'on met dans les narines de l'enfant deux à trois fois par jour. Dans les cas de petites adénoïdes ou d'une poussée congestive passagère, ce traitement pourra faire merveille et son emploi enrayera tous les troubles précédemment observés.

D'autre fois, il permettra de retarder de quelques mois une intervention qui aura ainsi plus de chance d'être complète, les végétations récidivant d'autant plus facilement que leur ablation se fait à une date plus rapprochée de la naissance.

Le plus souvent, néanmoins, on devra recourir au traitement chirurgical qui seul est le traitement sûrement efficace dans tous les cas. Du reste, le choix peut ne pas se poser et l'urgence être absolue.

M. le Professeur Weill n'a jamais recours à l'anesthésie, même locale.

L'instrument de choix est la pince de Ruault, dont la partie coudée, très courte, est uniquement constituée par les cuillers, lesquels forment un angle droit avec le reste de l'instrument.

L'enfant, soigneusement emmaillotté, est maintenu droit et immobile entre les genoux d'un aide, dans la position classique. L'opérateur, placé bien en face, introduit la portion coudée de la pince der-

rière le voile et extrait les végétations suivant le procédé habituel.

M. Moure a signalé comme possible la prise du vomer ou des bourrelets tubaires entre les mors de la pince, et il préconise pour cette raison un adénotome spécial à griffes. Nous n'avons pas la pratique de cet instrument. Dans toutes les observations par nous rapportées, c'est la pince qui a été employée : le seul accident à noter est une crise convulsive survenue au cours de l'opération que l'on dut suspendre (obs. XXVII); il est vraisemblable que la susceptibilité nerveuse de l'enfant, bien plus que l'instrument, doit être mise en cause.

Immédiatement après l'intervention, on couche l'enfant sur le ventre, la tête penchée en bas et en avant pour faciliter l'écoulement du sang par les narines ; ordinairement l'hémorragie s'arrête très vite.

Chez les enfants ayant atteint ou approchant de l'âge de 2 ans, on peut faire une intervention complète avec vérification au doigt (parfaitement aseptique), en une seule séance ; mais chez les tout jeunes nourrissons, procéder ainsi serait courir les risques d'une hémorragie grave capable de mettre en péril la vie des petits malades. On doit se contenter, lors de la première intervention, de parer au danger le plus pressant en donnant un peu de jour, quitte à compléter l'opération dans des séances ultérieures, dont le nombre sera du reste variable suivant chaque cas.

Les résultats seront généralement rapides et excel-

lents. La respiration nasale se rétablit, le ronflement disparaît, l'alimentation devient régulière, la croissance se fait d'une façon normale et, suivant la remarque de M. Cuvilier « dans nombre de cas, on peut dire qu'on a sauvé la vie de l'enfant ».

Observations

OBSERVATION I.

(Due à l'obligeance de M. le docteur Garel).

Petit garçon de 3 mois, né à Lyon. Vu le 27 octobre 1908, par M. le docteur Garel. Depuis sa naissance, dort la bouche ouverte, est agité, ronfle et s'interrompt souvent au milieu des têtées pour reprendre son souffle. Comme l'enfant a du coryza et du rhume depuis quelques jours, on retarde l'exploration à la pince.

Le 2 décembre. — Premier coup de pince.

Revu le 24 février 1909. Transformation complète. Engraissement très marqué. Deuxième intervention : deux à trois coups de pince.

Le 9 avril 1909. — L'enfant a beaucoup grossi, ne ronfle plus la nuit. Troisième séance d'ablation.

Le 10 juin. — Actuellement enfant superbe, dort la bouche fermée, sans agitation. Il vient d'avoir la première prime des nourrissons du canton.

OBSERVATION II.

(Due à l'obligeance de M. le professeur Lannois).

Enfant de 6 mois, vu le 25 avril 1910.

Pas d'autre enfant ; celui-ci est venu après 16 ans de mariage.

Gêne considérable de la respiration, qui a débuté un mois après la naissance. Tirage : il fait un bruit extrêmement marqué à l'inspiration et à l'expiration ; le bruit paraît bien se produire au niveau de la gorge. L'enfant est très gêné pour la déglutition et s'interrompt à chaque instant dans ses tétées. Dort mal la nuit, est très agité. Il est un peu bouffi, légèrement violacé, et il semble qu'il y ait un léger gonflement au-dessus du sternum. Pas de grosses amygdales. Pas de points granuleux dans le pharynx.

Après avoir hésité, en raison du gonflement sus-sternal, qui pouvait faire penser à un thymus hypertrophié, on se décide à mettre la pince de Læwenberg pour faire une prise de végétations. On en retire un très gros fragment, de sorte qu'on réintroduit la pince trois autres fois.

Hémorragie insignifiante. Pulvérisations d'huile airolée.

Le 1^{er} et le 15 mai, l'enfant est ramené. Amélioration évidente ; on lui enlève encore des végétations.

Le 30 mai. — L'amélioration est de plus en plus manifeste. L'enfant ne fait plus de bruit, a engraisé, a bonne mine, avale avec facilité, ses nuits sont plus tranquilles. Quatrième et dernière intervention.

15 mai 1911. — Les parents ramènent l'enfant, parce que,

depuis un mois, six semaines, il a repris un peu de gêne respiratoire.

Il s'est très bien porté, est très gros, paraît intelligent ; mais il est très en retard pour marcher, car, s'il se promène autour des chaises et des meubles, il n'est pas encore parti seul.

A la pince, on trouve de nouvelles végétations, surtout un gros fragment du côté droit.

30 mai 1911. — L'enfant est ramené : résultats excellents. A la pince, on n'a plus que de petits débris insignifiants.

OBSERVATION III.

(Due à l'obligeance de M. le docteur Sargnon).

Fillette T... A..., 13 mois, née à Lyon.

Un frère bien portant.

La fillette est amenée le 23 juin à la clinique de M. le docteur Sargnon. Elle respire mal du nez, a un coryza mucopurulent intense et ronfle la nuit. L'audition est bonne ; pas d'otite. Quatre à cinq fois, en 6 mois, elle a pris des accès d'étouffement de quelques secondes de durée, tous survenus vers les 11 heures du matin, sans cause apparente.

Suffocations à chaque début de tétée, après quelques suctions ; interruptions fréquentes à toutes les tétées. Développement normal néanmoins.

Enfant nerveuse. Pas de convulsions. Tout l'hiver elle a présenté du coryza.

Au toucher : adénoïdes énormes. On recommande à sa mère de lui mettre de la pommade mentholée (à 1 p. 200)

dans les narines, de lui prendre régulièrement la température et de la ramener dans 8 jours, pour la faire opérer.

30 juin 1911. — L'enfant ayant eu de petites poussées fébriles dans le courant de la semaine, on remet encore à huitaine l'intervention.

OBSERVATION IV

(Due à l'obligeance de MM. les docteurs Péhu et Sargnon).

Fillette B..., 2 ans. Vue le 15 avril 1910.

Antécédents héréditaires nuls.

Pas d'autre enfant.

Antécédents personnels. — Rhumes continuels. Angine tous les mois, avec 40°. Adénopathie cervicale. Albuminurie lors des poussées fébriles.

La fillette présente un teint pâle, un chapelet costal et une grosse rate. La radioscopie, pratiquée par M. Chanoz, est négative. Grosses amygdales hyperhémiques. L'amygdale droite est cryptique. Grosses adénoïdes.

Fin mai 1910. — Opération des adénoïdes, à froid, à la pince sous cocaïne. Suites normales.

3 juin 1911. — Elle respire bien par le nez, ne ronfle plus, mais a toujours des angines. Amygdales exulcérées. Gros ganglions du cou. Les amygdales seront à enlever à froid.

OBSERVATION V.

(Prise à la consultation de M. le docteur Sargnon).

B... Simone. Enfant de 12 mois, habitant Lyon, amenée par sa mère, au début de mars 1911, parce qu'elle ronfle en dormant et s'alimente mal.

Enfant d'aspect chétif. A toujours ronflé en dormant, depuis sa naissance. Nourrie au sein ; à chaque tétée, l'enfant étouffe, est obligée de lâcher le sein toutes les deux ou trois gorgées pour respirer. Fréquents vomissements survenant le plus souvent immédiatement après la tétée, quelquefois cinq à dix minutes plus tard.

Déjà, à l'âge de cinq mois, la mère, effrayée par ces troubles, l'a menée au Dispensaire où on lui a donné une pommade à mettre dans les narines ; pendant quelque temps, les troubles ont été légèrement atténués, mais sans disparaître. Enfin, ces jours derniers, recrudescence de tous les symptômes précédemment énumérés : l'enfant dort mal, s'alimente peu et vomit après chaque tétée. On la mène à la consultation de M. le docteur Sargnon, à la Charité.

Au toucher pharyngien : gros paquet de végétations.

Traitement médical préparatoire.

12 avril 1911. — Intervention à la pince, suivie de badiageonnage à l'eau oxygénée. Suites normales.

L'enfant est ramenée au bout de 2 mois. Elle a bien repris, s'alimente facilement, ne vomit plus et ne ronfle plus la nuit. Elle est sevrée depuis un mois.

Le carnet des pesées, apporté par la mère, indique les poids suivants :

			Gain	Perte
Novembre :	14	7.200		
Décembre :	5	7.050		150
—	12	7.150	100	
—	19	7.050		100
Janvier :	9	7.375	325	
—	23	7.250		125
—	30	7.320	70	
Février :	6	7.500	180	
—	13	7.480		20
—	27	7.595	115	
Mars :	6	7.700	105	
—	29	7.720	20	
Avril :	3	7.810	90	
—	10	7.800		10

Intervention le 12 avril.

Mai :	8	8.180	380	
—	22	8.180		
Juin :	12	8.480	300	
—	19	8.350		130

21 juin 1911. — L'enfant est ramenée. Depuis quelques jours, elle ronfle de nouveau et s'alimente moins bien.

Au toucher : récidence des adénoïdes.

28 juin 1911. — Nouvelle intervention amenant l'ablation de 5 à 6 fragments de végétations.

OBSERVATION VI.

(Due à l'obligeance de M. le docteur Sargnon).

Adénoïdes, toux, coryza chronique. Traitement médical.

Fillette B..., 2 mois. Vue le 6 novembre 1902.

Antécédents héréditaires. — Mère atteinte de tuberculose pulmonaire.

Antécédents personnels. — Eternuements et coryza chronique dès la naissance. Elle ronfle un peu. Mal soignée en nourrice, pendant deux mois ; maison sale et humide. Tousse, mais rien au poumon. Elle tète assez facilement. Lors des crises de toux, teint bleuâtre des lèvres. Coryza chronique. Suppuration bilatérale du canal lacrymal.

Au toucher avec le petit doigt : adénoïdes. Pas d'intervention immédiate. Pommade mentholée, nettoyage méthodique du nez avec des bourdonnets de coton.

17 novembre 1902. — L'enfant a augmenté de 400 grammes en 12 jours. Elle tète et dort bien mieux ; la respiration nasale est bien meilleure. On ne l'opère pas.

18 mai 1909. — L'enfant est revue. Elle a été bien portante pendant plusieurs années. Depuis 6 mois, elle présente de la gêne nasale et du ronflement. Appétit diminué. Un peu de toux.

Adénoïdes de dimensions moyennes. On conseille l'opération qui n'est pas acceptée.

28 février 1910. — La malade revient. Les adénoïdes ont augmenté de volume ; elle est à opérer.

OBSERVATION VII.

(Due à l'obligeance de M. le docteur Sargnon).

M... M... 13 juin 1910, 22 mois.

Antécédents héréditaires. — Rien de particulier.

Ronflement, gêne respiratoire, amaigrissement depuis un mois. La mère dit qu'il aurait de la fièvre. Il étouffe quand il pleure. Quelques sibilances douteuses aux deux poumons en avant.

Adénoïdes énormes. Ablation à la pince sous cocaïne. Pas d'hémorragie.

23 juin 1911. — On a obtenu ces jours-ci des nouvelles de l'enfant. Les troubles précédemment notés se sont reproduits depuis quelque temps. Il doit y avoir récurrence et l'enfant sera à opérer de nouveau.

OBSERVATION VIII.

(Due à l'obligeance de M. le docteur Sargnon).

Fillette C... 17 mois. Vue le 4 avril 1907.

Rien à noter dans les antécédents héréditaires. Ni frère, ni sœur.

A. P. — En nourrice dès les premiers jours qui suivirent sa naissance. Date du sevrage inconnue. Elle a toujours dormi la bouche ouverte, présente du coryza, ronfle beaucoup.

L'an dernier, elle aurait eu du mal dans les deux oreilles. L'alimentation se fait sans difficulté. Bon état général.

Le docteur Chatelus, qui l'a examinée, ne lui a rien trouvé aux poumons. Pas de fièvre. Adénoïdes volumineuses.

Lymphatisme. Adénopathie cervicale.

Traitement : Huile mentholée (1 p. 200).

10 avril. — Opération à la pince. Pas d'hémorragie notable.

19 avril. — L'enfant va très bien et ne ronfle plus ; elle entend mieux, mais dort encore un peu la bouche ouverte. Le coryza est moins marqué et les mucosités naso-pharyngiennes moins abondantes.

OBSERVATION IX.

(Due à l'obligeance de MM. les docteurs Baudrand et Sargnon).

Fillette G..., 10 mois, née à Lyon, en nourrice à Loyette (Ain). Vue le 24 mars 1911.

Stridor. Pas d'accès asphyxique. Tête avec interruption. Végétations très abondantes au doigt. Ne prend pas de poids.

Toucher laryngien et pharyngien inférieur négatif.

31 mars. — Adénotomie à la pince.

7 avril. — L'enfant respire bien mieux et tête mieux également. Le stridor s'est très atténué. Depuis l'opération : augmentation de poids de 150 grammes.

Pas de nouvelles depuis.

OBSERVATION X.

(Due à l'obligeance de MM. les docteurs Sargnon
et Baudrand).

Fillette B..., 2 ans. Père et mère bien portants. Pas d'autre enfant. Pas de fausse-couche. Pas de syphilis apparente des parents.

Antécédents personnels. — Pas de maladie grave. Pas de convulsions. Pas de méningite.

Respiration nasale gênée.

La malade est vue le 12 juillet 1910. Surdité presque absolue. Elle entend cependant les gros bruits et parfois la parole. Elle ne parle pas ou prononce à peine quelques mots.

Adénoïdes volumineuses. On conseille d'attendre 15 jours avant de l'opérer, à cause de l'état inflammatoire nasal. En attendant, traitement médical à la pommade mentholée (1 p. 200).

21 mai 1911. — Les parents la ramènent seulement à cette époque. Elle parle un peu mieux, plus clair et prononce plus de mots. La surdité persiste. La respiration nasale est un peu meilleure, l'enfant peut se moucher. Les adénoïdes persistent très volumineuses.

Ablation *complète* sous cocaïne à la pince avec contrôle terminal au doigt. Le naso-pharynx est très étroit. Adénoïdes très hémorragiques pendant l'intervention, mais pas d'hémorragie post-opératoire. Suites normales.

OBSERVATION XI.

(Due à l'obligeance de M. le docteur Sargnon).

Enfant B..., 14 mois, née le 4 mai 1908. Cinq frères et sœurs, dont un opéré d'adénoïdes et des amygdales.

Elle dort la bouche ouverte. Toux. Ronflement. Urticaire à 6 mois. De 6 mois à 13 mois, otite droite suppurée. L'enfant se développe mal ; amaigrissement depuis 4 mois ; elle prend souvent des poussées fébriles.

A l'examen, grosses amygdales, grosses adénoïdes.

On enlève d'abord les amygdales sous-cocaïne pour faire le passage. Hémorragie assez forte, arrêtée par badigeonnage oxygéné. Le lendemain de l'opération, l'oreille droite se remet à couler, l'enfant a de la fièvre.

16 juin 1908. — L'oreille coule toujours un peu, mais l'enfant a repris et augmente de poids. La respiration nasale est encore gênée. L'enfant tousse, mais se développe bien. Les parents n'acceptent l'ablation des adénoïdes que le 31 mai 1911 ; celle-ci est faite classiquement à la pince, sous anesthésie locale à la cocaïne, avec vérification au doigt.

Suites opératoires normales. L'oreille droite donne toujours un peu.

OBSERVATION XII.

(Due à l'obligeance de MM. les docteurs Chapet et Sargnon).

Adénoïdes — Sinusite frontale.

B..., 18 mois. Vu en mai 1910.

Rougeole. Adénoïdes de dimension moyenne. Sinusite

frontale aiguë, gauche, caractérisée par de la douleur très nette à la pression, suppuration nasale diffuse bilatérale, état fébrile ; cliniquement ce diagnostic de sinusite s'impose¹.

Traitement par des inhalations d'eucalyptus, pommade mentholée à 1 p. 200, cataplasmes et compresses chaudes sur le front. Guérison en 15 jours, mais persistance d'un peu de muco-pus nasal et d'un peu de douleur à la pression des deux sinus frontaux. Les adénoïdes restent de dimension moyenne et seront à opérer.

OBSERVATION XIII.

(Due à l'obligeance de MM. les docteurs Sargnon
et Gonnet).

C..., 15 mois. Père asthmatique, bronchitique ; gros cornets. Mère bien portante ; pas d'autre enfant.

Vu le 1^{er} juillet 1908. Coryzas fréquents. Dans l'hiver, laryngite striduleuse persistante avec bronchite généralisée. La sténose a été tellement intense que le malade a été veillé deux nuits avec des menaces de tubage. Pas de diphtérie. La respiration a été pénible pendant 10 jours ; la voix est un peu rauque. Bonne santé en dehors de ces accidents.

Amygdales enchatonnées, pas très volumineuses. Adénoïdes de dimensions moyennes.

29 juillet 1908. — Fièvre pendant 2 jours, avec respiration courte.

¹ Quelle a été la part des adénoïdes dans ce cas-là ?... Il est probable qu'elles ont joué le rôle d'agent de rétention, avec infection probablement secondaire du sinus.

6 novembre 1908. — Le malade, sous l'influence du traitement médical et local, va mieux.

On l'opère seulement en avril 1910. Anesthésie à la cocaïne. Intervention, à la pince, *complète*, avec vérification au doigt en fin d'opération.

Guérison nasale maintenue. Ne s'enrhume plus. Reprend pourtant des amygdalites et ses amygdales augmentent de volume.

24 janvier 1911. — Ablation des amygdales, sous cocaïne, à l'emporte-pièce.

OBSERVATION XIV.

(Due à l'obligeance de MM. les docteurs Sargnon et Barlatier ¹).

Adénoïdes opérées. Papillomes du larynx entraînant la mort par suffocation.

X..., garçon, 2 ans, vu en 1910, habitant Romans. Dyspnée chronique légère. Grosses adénoïdes ; voix rauque depuis plusieurs mois. Entre dans le service du docteur Vignard.

La laryngoscopie indirecte et la laryngoscopie directe sous cocaïne montrent de grosses cordes, surtout à droite ; on pense donc à du papillome diffus. L'ablation des adénoïdes à la pince, sous cocaïne, améliore notablement le malade au point de rendre inutile toute intervention sur le larynx.

¹ Observation relatée dans la *Revue hebdomadaire d'oto-rhino-laryngologie* du professeur E. Moure, ainsi que dans le *Lyon médical* du 6 février 1910.

Le malade retourne à Romans, respirant bien mieux ; mais, 6 mois après, il est pris d'un accès brusque de suffocation : le docteur Barlatier, appelé en toute hâte, arrive trop tard ; le malade est mort de suffocation brusque par suite de ses papillomes du larynx.

En pareille circonstance une trachéotomie préventive aurait été préférable, mais le malade allait si bien qu'on l'avait rejetée.

OBSERVATION XV.

(Due à l'obligeance de M. le Docteur Sargnon).

Fillette F..., 1 an. Vue le 26 juin 1911.

Antécédents héréditaires ou collatéraux. — Père et mère bien portants. Deux frères et sœurs morts, l'un de méningite au bout d'un mois, l'autre en venant au monde (accouchement laborieux, bassin rétréci).

Antécédents personnels. — Venue à 7 mois. Elevée en couveuse. Alimentation difficile et insuffisante. Elle tète difficilement surtout lorsqu'elle est enrhumée, ce qui est fréquent.

On trouve déjà un peu de rachitisme osseux. Le nez est obstrué. L'enfant ronfle, dort la bouche ouverte. Elle ne grandit pas. Pas d'augmentation de poids depuis le mois de janvier. Elle pesait onze livres 380 en janvier, actuellement elle pèse onze livres 330.

Pas de stridor ni de signe de Rehn.

Mucosités nasales abondantes.

Toucher laryngé et pharyngé inférieur négatif.

Toucher naso-pharyngé : volumineuses adénoïdes lobulées, diffuses. Elles sont en poussée inflammatoire. L'enfant a d'ailleurs 37°6. A signaler aussi que l'état général est atteint et que l'enfant vomit facilement.

Il s'agit nettement d'une adénoïdienne infectée. Elle a eu une petite otite suppurée il y a 3 mois, actuellement disparue.

Malade à opérer à froid dès qu'il sera possible et au besoin à chaud en cas d'extrême urgence. En attendant, traitement médical (huile mentholée à 1 pour 200).

OBSERVATION XVI.

(Due à l'obligeance de M. le Docteur Sargnon).

Otite suppurée double. Volumineuses adénoïdes.

X..., 23 mois. Vu en avril 1911.

Antécédents héréditaires et collatéraux. — Un frère mort par compression du cordon.

Antécédents personnels. — A deux mois, éruption érythémateuse. De temps en temps des accès de fièvre durant 4 ou 5 jours, sans motif apparent, avec une température de 40° Il respire habituellement la bouche ouverte. Coryza fréquent. Pas de lésion pulmonaire. En janvier 1911, grippe. Depuis lors, il traîne. Vers le 20 mars, accès fébriles (ayant duré 12 jours) intermittents, avec une température allant jusqu'à 40°3. Pas de douleur d'oreille spontanée. Un ganglion sous-mastoïdien droit ayant débuté en même temps que la fièvre.

L'examen des oreilles pratiqué à ce moment montre des

tympan douteux en arrière, mais non rouges, une crypte amygdalienne droite infectée que l'on crève.

Le lendemain la fièvre persiste. Le tympan droit paraît bombé en arrière. Anesthésie au Bonain ; la paracenthèse donne du pus net à droite.

La température a baissé deux jours. Elle remonte le 3^e jour. Le 4^e jour, la paracenthèse faite à gauche avec anesthésie au Bonain donne du liquide séro-sanguinolent. L'écoulement à gauche dure deux jours. L'écoulement purulent à droite persiste très abondant pendant 3 semaines.

Fin mai. — L'oreille droite devient douloureuse. Pas de fièvre.

19 juin. — Il y a dix jours, le malade a eu 39° pendant trois jours. Descente progressive de la température, diarrhée. Depuis 4 jours pas de fièvre. Douleur spontanée de l'oreille droite et bien nette à la pression au niveau de l'antre. Mais il y a un petit ganglion pré-mastoïdien, cause peut-être de la douleur. Pas de gonflement ni de perforation du tympan droit qui semble sain. L'enfant se développe mal.

Le toucher digital montre des adénoïdes volumineuses qui seront à opérer dans quelques jours à froid.

OBSERVATION XVII.

(Due à l'obligeance de M. le docteur A. Rivière).

O... C..., fillette de 15 mois, demeurant à Lyon. L'enfant a toujours dormi la bouche ouverte. Depuis 5 jours, dyspnée constante avec exacerbation nocturne, mais sans crises de

stridulisme. Pendant la nuit, l'enfant asphyxie, a une respiration anhéante, un facies congestionné ; les deux dernières nuits ont été, au dire des parents, particulièrement terrifiantes. Les journées elles-mêmes ne sont guère plus calmes : chaque prise de biberon s'accompagnant de suffocations, l'enfant refuse de s'alimenter.

M. le docteur Rivière voit l'enfant le 15 avril, il note de la dyspnée avec tirage, un pouls rapide ; la tête est abandonnée sans force, et l'enfant, très amaigri, se trouve dans un état subsyncopal qui fait hésiter devant une intervention. Grosses amygdales. Rien aux oreilles. Pas de coryza. Pas de ganglions. Pas de thymus apparent. Pas de goitre.

M. le docteur Rivière, sur les instances du médecin de la famille, intervient et enlève, à la pince, des végétations.

Dès la première séance, résurrection de l'enfant qui s'alimente et dort.

Deux nouvelles séances à la pince ont lieu à 8 jours d'intervalle.

23 juin 1911. — La fillette respire normalement, la bouche fermée. Les nuits sont parfaites.

L'alimentation se fait bien ; l'enfant a pris de l'embonpoint. La guérison peut être considérée comme complète.

OBSERVATION XVIII.

(Due à l'obligeance de MM. les docteurs Sargnon et Lévy).

*Végétations adénoïdes. Athrepsie. Intervention. Mort brusque
24 heures après, sans cause apparente.*

Joseph G.... 2 mois.

Père et mère bien portants. Vu le 11 juin 1906. Deux sœurs bien portantes.

Depuis sa naissance, dyspnée d'origine nasale ; perd du poids, dépérit à vue d'œil. Tête assez bien, mais par interruptions. Pas de grosses amygdales. Le stylet coudé passe dans le naso-pharynx, donc pas d'oblitération congénitale des choanes. On sent des végétations adénoïdes au toucher digital.

13 Juin 1906. — Opération à la pince. Ablation de petits débris adénoïdiens. Hémorragie très faible, arrêtée par un badigeonnage oxygéné.

Dans les 24 premières heures, le malade allait bien, respirait du nez et tétait plus facilement.

Brusquement, dans la journée : mort par apnée et asphyxie blanche ; il n'y avait pas de fièvre, pas d'hémorragie.

La mort est-elle due à l'athrepsie, à un gros thymus latent ou à toute autre cause que nous ne pouvons soupçonner ?...

L'autopsie n'a pas été faite.

OBSERVATION XIX.

(Due à l'obligeance de M. le docteur Garel).

Adénoïdes. Athrepsie. Véritable résurrection par l'adénolomie.

P... Louis, 27 mois. Vu le 25 septembre 1902. Enfant incapable de se tenir debout, d'une maigreur extrême, à tel point que les téguments semblent réduits à une membrane plaquée sur le squelette ; cet aspect momifié, s'accompagnant d'une sorte de rictus permanent, est vraiment horrible. L'enfant ne s'alimente plus. Il existe du cornage et du tirage.

M. le docteur Garel l'opère immédiatement à la pince,

lui enlevant juste un tout petit bourgeon d'adénoïdes, par crainte d'une hémorragie qui aurait grande chance d'être fatale, étant donné l'affaiblissement de l'enfant.

30 octobre 1902. — A la suite de l'opération, l'alimentation est devenue possible et l'état général s'est considérablement amélioré ; l'amaigrissement a disparu, la pâleur de la face est moins marquée. Nouvelle intervention.

20 décembre 1902. — L'amélioration persiste ; l'état général est excellent ; l'enfant marche bien. Toujours un peu de cornage.

6 juin 1903. — Les amygdales palatines sont très hypertrophiées et empêchent une intervention redevenue nécessaire sur le rhino-pharynx. Cautérisation ignée des amygdales.

3 septembre 1903. — Nouvelle cautérisation.

26 mai 1906. — L'enfant est ramené parce qu'il a encore de la gêne de la respiration nasale et des accès de suffocation nocturne.

Au toucher, on sent encore des végétations adénoïdes. On les enlève à la pince, on complète à la curette.

Juin 1911. — A la suite de cette dernière intervention, la guérison a été complète et la mère de l'enfant vient de confirmer, par une lettre, que, depuis, il s'est toujours bien porté et normalement développé.

OBSERVATION XX.

(Due à l'obligeance de MM. les docteurs Sargnon
et Favre-Gilly).

M^{lle} L..., Suzanne, 16 mois. Vue le 14 juin 1910. Un frère adénoïdien et amygdalien, avec otite gauche aiguë cette

année (ablation des amygdales et des adénoïdes). Une sœur de 7 mois adénoïdienne et asthmatique, dont nous rapportons aussi l'observation.

Fièvre fréquente pendant 8 jours. Température entre 39° et 40°. Toux sans lésion pulmonaire. Parfois douleurs d'oreille. Pas d'otite suppurée.

Au toucher : Adénoïdes de dimensions moyennes. Intervention ajournée pour opérer à froid. — Traitement médical.

11 avril 1911. — Température 39°5-40°. Douleurs d'oreille. La fièvre dure depuis 15 jours.

Le 13 de ce mois. — Paracenthèse double : liquide séro-sanguinolent bi-latéral, plus abondant à droite.

14 mai 1911. — L'écoulement a duré 6 jours. La fièvre a disparu. Adénoïdes volumineuses.

23 mai 1911. — Opération à la pince sous cocaïne. Suites normales.

OBSERVATION XXI.

(Due à l'obligeance de MM. les docteurs Sargnon et Favre-Gilly).

Crises d'asthme guéries par l'adénotomie.

M^{lle} L..., N., 7 mois, sœur de la précédente. Vue le 14 juin 1910.

Fortes crises d'asthme à 2 mois, ayant duré 10 jours. On appela le médecin par crainte d'une broncho-pneumonie. Celui-ci (M. le docteur Favre-Gilly) a constaté des élévations passagères de température, du tirage sus et sous ster-

nal très net, une respiration accélérée et sifflante avec secousses de toux assez fréquentes ; jamais de cyanose ; conservation de l'état général. Les crises durent 3-4 heures, séparées par des périodes d'accalmie de 10-12 heures.

A l'auscultation, seulement quelques ronchus disséminés.

Rechutes récentes des crises d'asthme ; pas de bronchite. L'asthme est calmé par les bains, le bromure et l'antipyrine. Pas de fièvre. Elle ne ronfle habituellement pas la nuit. Enormes adénoïdes.

Juillet 1910. — Opération d'adénoïdes à la pince sous cocaïne. Pas d'hémorragie. Suites normales.

Avant l'opération, fortes crises d'asthme qui ont duré 10 jours.

11 avril 1911. — Asthme très amélioré. Pas de forte crise. Parfois un peu de ronflement ; parfois aussi dyspnée passagère avec toux sans fièvre ; mais bon état général.

14 mai 1911. — Plus d'accès d'asthme. Excellent état général.

OBSERVATION XXII.

(Due à l'obligeance de M. le Docteur Garel).

Fillette de 13 mois, née à Chambéry, très malingre, prend souvent dans la journée des crises avec raideur de la nuque, du tronc et des membres, cyanose, regard plafonnant. Dort la bouche ouverte, ronfle ; agitation continuelle pendant le sommeil avec accès de suffocation favorablement influencés par les changements de position.

C'est le 27 mai 1909, que M. le^{re} docteur Garel voit la petite malade ; il donne, ce jour-là, deux coups de pince et retire quelques végétations.

Le 27 juillet 1909. — Enfant, complètement transformée ; dort sans bouger, ronfle encore un peu, a engraisé, mange davantage et plus vite. Les crises ne se sont plus reproduites.

Deuxième intervention : ablation de deux petits bourgeons.

L'enfant a été revue les jours derniers (juin 1911). Elle a actuellement 3 ans, ne marche pas encore ; elle ronfle toujours un peu, mais n'a plus repris de crises nerveuses.

OBSERVATION XXIII.

(Due à l'obligeance de M. le docteur Sargnon).

! Adénoïdes. Laryngospasme.

G..., 1 an. Père et mère bien portants. Deux sœurs également en bonne santé.

Enfant nourri au biberon. Entérite à 4 mois. Crises de laryngospasme depuis l'âge de 8 mois. La première crise a duré 3 minutes, au dire des parents ; l'enfant était très cyanosé. Parfois les crises sont incomplètes ; quelquefois plusieurs crises par jour.

Au doigt, adénoïdes nettes, volumineuses. Le toucher laryngien ne révèle pas de déformation. Le larynx, bien vu au laryngoscope, ne montre rien aux cordes.

L'opération est conseillée, mais le malade n'a pas été ramené.

OBSERVATION XXIV.

(Due à l'obligeance de M. le professeur Lannois).

*Adénoïdes récidivantes. Crises convulsives et asthmiques.
Mort par méningite.*

L'enfant Hélène C.... âgée de 10 mois, a respiré normalement pendant les 6 premiers mois de la vie, mais à la suite d'un coryza, qui a duré un mois au moins, elle a commencé à ouvrir la bouche et à faire du bruit en dormant : elle a maintenant un tel ronflement qu'elle empêche de dormir toute sa famille qui habite un entresol étroit au-dessus d'un magasin.

C'est une enfant petite et malingre, très noire de peau, à crâne trop large et un peu aplati. En dehors d'une fille, née d'un premier mariage et âgée de 17 ans, c'est la troisième enfant d'un second mariage ; dans l'intervalle des deux mariages, le père a contracté la syphilis. Il y a eu aussi deux accouchements prématurés d'enfants morts et un avortement à 4 mois 1/2. Le médecin traitant dit que les grossesses menées à bien sont celles pendant lesquelles la mère a pris de l'iodure.

Une prise avec la pince de Lœwenberg ayant démontré la présence de grosses végétations, on fait en trois fois un curetage complet. Au bout de six mois de guérison, en apparence complète, récidive des troubles respiratoires. On constate, à ce moment, que l'enfant a du nystagmus, du rachitisme et de grosses amygdales. On enlève ces amygdales à l'amygdalotome, mais il n'y a pas d'amélioration et

l'enfant prend des convulsions deux mois plus tard, de sorte qu'on enlève à nouveau des végétations.

Cette fois encore, amélioration nette, mais, à 2 ans 1/2, on constate une troisième récurrence des végétations avec reprise des convulsions et apparition de crises asthmatiques très nettes : le nystagmus a persisté. C'est à l'occasion d'une de ces crises asthmatiques que l'enfant est revue et opérée une troisième fois. En même temps, on la met à un traitement ioduré et mercuriel par frictions, plus intensif que les autres fois, où on s'était contenté de prescrire un peu d'iodure.

Cette fois l'amélioration fut plus persistante, bien que l'enfant continuât à tenir la bouche ouverte et à respirer avec une certaine difficulté.

Elle succomba à 4 ans 1/2 à une méningite.

OBSERVATION XXV.

(Due à l'obligeance de M. le professeur Weill).

Toux exclusivement nocturne, sans bronchite, sans obstruction nasale. Végétations adénoïdes non oblitérantes.

C... Emile, 2 ans 1/2, amené à la consultation le 23 mai 1911, pour de la *toux nocturne*. Pas de coryza. Pas de toux diurne. A l'auscultation, rien au poumon.

Description de la toux. — L'enfant se couche à 9 heures, se réveille à 11 heures 1/2 et présente une toux quinteuse, avec reprises, sans vomissement, qui dure environ une heure. Il a passé des nuits entières à tousser. L'affection a débuté il y a trois semaines.

Etat général excellent. Ne ronfle pas. N'a pas la bouche ouverte. — Pas de fièvre.

Intervention. — On enlève deux fragments de végétations du volume d'un gros pois. Ces végétations sont molles, mais ne saignent pas.

Pas de facies adénoïdien. Voûte palatine normale.

27 mai. — L'enfant n'a pas toussé une seule fois la nuit depuis l'ablation des végétations adénoïdes.

OBSERVATION XXVI.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Weill).

D... Jean-Marie, 7 mois, né à Lyon. Entre le 20 décembre 1898.

Père et mère bien portants. Pas de fausse couche. Un enfant mort de convulsions à 6 semaines ; deux autres bien portants.

L'enfant qu'on amène a été nourri au sein. Bonne santé jusqu'à 2 mois 1/2. A ce moment, coqueluche ayant duré près de trois mois ; il aurait eu des quintes tous les quarts d'heure : durant cette coqueluche, diarrhée passagère.

Depuis sa coqueluche, l'enfant prendrait toujours des quintes : 2, 3 par 24 heures. En outre, il maigrit, ne grandit pas et présente un mauvais état général.

A l'entrée : pas de température. L'enfant est chétif, malingre et tousse un peu, comme s'il avait la coqueluche. Pas de diarrhée. Le ventre est gros ; le foie dépasse de deux travers de doigt les fausses côtes.

Rien aux poumons et au cœur.

Rachitisme net; incurvation des tibias, chapelet costal.
Le nez paraît bouché. Ganglions sous-maxillaires.

Ecoulement de l'oreille gauche assez abondant.

7 janvier 1899. — Ablation de trois fragments adénoïdiens, chacun de la grosseur d'un haricot.

9 janvier. — L'enfant n'a pas eu d'hémorragie ; il ne ronfle plus la nuit. Température : 38°3.

22 janvier. — L'enfant n'a plus ronflé. Il s'alimente bien, ne vomit plus, Toux persistante. Dans tout le côté droit, il y a des râles fins, avec souffle à la base. A gauche : quelques râles, mais moins nombreux. Rate normale.

7 février. — L'enfant allait bien ; hier, éruption de varicelle à éléments éruptifs abondants.

16 mars. — L'enfant, au cours de sa varicelle, a présenté de nombreux abcès sous-cutanés qui ont cédé à l'administration de levure de bière.

Il quitte le service complètement guéri.

OBSERVATION XXVII.

(Due à l'obligeance de M. le professeur Weill).

Laryngospasme dû à la présence de végétations adénoïdes.

Victor D..., âgé de 7 mois, né à Lyon ; entre le 17 avril 1900, à la Crèche St-Ferdinand, lit n° 9.

Ses parents ont toujours été bien portants. Ni frères, ni sœurs. Né à terme, l'enfant a été nourri par sa mère jusqu'à l'âge de sept mois, c'est-à-dire jusqu'à ces jours derniers. Depuis, lait coupé avec de l'eau pure, eau d'orge, etc.

L'enfant est sujet depuis un mois ou deux à des accès de

suffocation dont la durée varie d'une heure à deux heures. Il aurait eu une bronchite, il y a un mois. Depuis deux ou trois jours, les accès de suffocation sont revenus. Un médecin consulté, ne trouvant pas de symptômes pulmonaires susceptibles d'expliquer ces accès, envoie l'enfant à la Charité avec le diagnostic d'œdème de la glotte.

A l'entrée, on est en présence d'un enfant de belle corpulence, fort pour son âge et bien conformé.

Il y a de la dyspnée, pas d'accélération des mouvements respiratoires, mais la respiration est difficile et bruyante : la voix n'est nullement voilée. L'inspection ne montre pas de tirage sus et sous-sternal. On ne sent rien d'anormal à l'exploration digitale de l'orifice supérieur du larynx et des parois du pharynx. La palpation et la percussion n'indiquent rien. L'auscultation révèle seulement quelques râles de bronchite.

M. le professeur Weill pense immédiatement à des végétations adénoïdes et, avec la pince de Ruault, fait l'ablation de quelques fragments situés sur la paroi supérieure du pharynx. L'enfant prend alors une crise convulsive. Immédiatement on cesse la petite opération.

La crise ne dure que quelques minutes et l'enfant s'endort aussitôt tranquillement. Il respire beaucoup plus librement par le nez qu'avant l'ablation des végétations, dit sa mère.

Il sort le 22 avril suivant, semblant guéri, n'ayant eu aucune crise depuis l'opération.

Il rentre le 22 mai de la même année. Les crises sont revenues quelques jours après sa sortie, se montrent presque exclusivement la nuit et deviennent très fortes et très longues.

23 mai. — Constatation de nouvelles végétations adénoïdes. Intervention immédiate, incomplète cependant, de crainte de provoquer une crise. On ne retire que deux ou trois fragments.

Aucune crise pendant les deux jours qui suivent.

28 mai. — Crises revenues, durant deux ou trois heures la nuit, à partir de minuit généralement. Dans la journée, toujours une toux sèche, quinteuse. On lui enlève encore trois fragments gros comme des pois.

29 mai. — Pas de crise cette nuit, l'enfant ne ronfle pas en dormant.

4 juin. — Les accès de suffocation ont diminué ; l'enfant a toujours une toux sèche, quinteuse ; on lui enlève encore trois fragments.

9 juin. — Les quintes de toux sont devenues beaucoup plus rares. L'enfant ronfle beaucoup moins.

Il n'a plus aucun accès.

Sorti le 10 juin.

OBSERVATION XXVIII.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Weill).

C... Yvonne, 18 mois, née à Lyon. Entre dans le service le 19 mai 1900.

Père et mère en bonne santé. Cinq enfants dont deux morts de maladie inconnue, peut-être l'un de convulsions ; deux autres en bonne santé : l'une d'elles cependant a été opérée pour la même affection que présente actuellement la petite malade.

Celle-ci a été élevée au sein par sa mère jusqu'à 17 mois. Jamais de maladie.

Depuis 3 mois environ, elle a de la peine à respirer, ronfle, s'enrhume facilement et tousse. Cependant ses

parents n'ont pas remarqué qu'elle dormait la bouche ouverte. Elle est envoyée par M. le docteur Garel qui a conclu chez elle à l'existence de végétations adénoïdes dans le naso-pharynx.

Actuellement. : Etat général satisfaisant. L'enfant est bien développée. Embonpoint même assez notable.

Nez un peu effondré à sa racine. La mère est, paraît-il, porteur d'une semblable déformation.

Coryza avec croûtes des narines.

Les amygdales sont augmentées de volume, rétrécissant considérablement l'isthme buccal. Exsudats blanchâtres sur chacune de ces amygdales. Ecchymose au niveau du pilier antérieur du côté droit.

Au toucher pharyngien : la cavité naso-pharyngienne est remplie de masses molles, bourgeonnantes.

Langue normale. Ouïe bien conservée. Thorax normalement développé.

Poumons : submatité de la base gauche, en arrière, sans flot, ni ballotement. Râles sibilants et muqueux, sans souffle.

Toux assez fréquente.

Ventre non douloureux. Pas d'hypertrophie splénique.

Cœur normal. Pouls à 132.

22 mai. — Ablation des végétations, sans incident.

23 mai. — Pas d'hémorragie. L'enfant respire mieux.

28 mai. — Nouvelle intervention : on retire trois gros fragments.

7 juin. — L'enfant quitte le service. Les troubles notés à l'entrée ont complètement disparu.

OBSERVATION XXIX.

(Due à l'obligeance de M. le professeur Weill).

C..., Marguerite, 6 mois, née à Lyon. Entre à la Charité le 16 mars 1906.

Père bien portant. Mère également en bonne santé; pas de fausse couche; deux enfants: l'aîné, âgé de 19 mois, bien portant.

La petite malade est née à terme; nourrie au biberon à la Crèche du 1^{er} arrondissement. Il y a un mois: vomissements, diarrhée pendant 8 jours. Depuis le 8 mars, l'enfant tousse par quintes et maigrit beaucoup; pourtant tête toujours bien. Depuis 2 nuits, elle dort mal.

Examen: Enfant pâle, rachitique: nouûres des poignets, chapelet costal, incurvation des tibias, etc.

Poumons: Pas de matité; râles disséminés de bronchite, ronflants, sibilants et muqueux. Pas de souffle. Pas de dyspnée. Toux banale.

Cœur: Rien.

Appareil digestif: Ni vomissements, ni diarrhée.

Foie: Déborde de 2 travers de doigt.

Pas de grosse rate.

Rien au système nerveux.

Urines: Pas d'albumine.

17 mars 1906. — L'enfant prend souvent des accès de toux moniliforme, avec spasme de la glotte, tirage, cyanose. A certains moments, les accès de toux se rapprochent de la coqueluche.

Ablation de végétations adénoïdes par M. le professeur Weill.

28 avril. — Après l'ablation des végétations adénoïdes, les crises de spasme glottique sont allées diminuant de nombre et d'intensité.

Depuis le 5 avril, pas d'accès spasmodique.

Rien aux différents organes; assez bon état général.

31 mai. — L'enfant passe aux rougeoles.

OBSERVATION XXX.

(Due à l'obligeance de M. le professeur Weill).

Laryngospasme dû à la présence de végétations adénoïdes.

P... Jeanne, 14 mois, vue le 19 janvier 1910. Née à terme, après un accouchement normal, nourrie au sein jusqu'à 13 mois, le sevrage est commencé depuis peu : n'a encore aucune dent, marche depuis 1 mois 1/2.

L'enfant est malade depuis environ un mois, elle aurait eu à la suite d'un léger choc sur la région frontale une crise caractérisée par une chute, puis contracture des membres qui sont tournés, la face palmaire regardant l'extérieur, en pronation forcée. Au cours de la crise, elle écume et il y a souvent incontinence vésicale ou rectale. Il y a eu 5 crises depuis un mois, la dernière datant du 14. Après la crise, il se produit une vaso-dilatation intense de la face et l'enfant est plus ou moins somnolente. Depuis un mois également, il se produit, aussi bien le jour que la nuit, des crises dyspnéiques brusques avec tirage considérable et

cornage, cri rauque, durant de quelques secondes à une minute et se répétant dix à quinze fois par 24 heures.

Au moment du premier examen, l'enfant, qui est dans le service depuis 8 heures, n'a pas présenté de crises convulsives. Elle a manifesté une certaine agitation et a eu au sortir d'un sommeil, deux ou trois accès de laryngospasme.

Examen somatique négatif, bon état général. Toutefois elle n'a pas de dents et on trouve un léger chapelet costal. Les réflexes rotuliens sont forts ; pas de Babinski ; pas de contracture.

Température : 37°3. Pas d'albumine.

On donne du bromure : 0,75 egr. pendant quelques jours ; puis 1 gramme.

26 janvier. — Depuis l'entrée n'a pas eu de crises convulsives ; par contre elle a, deux ou trois fois par jour, du laryngospasme se produisant toujours au sortir du sommeil.

La fontanelle antérieure est fermée, le front est bombé ; pas de craniotabes.

28 janvier. — Opération des végétations adénoïdes. M. le professeur Weill a arraché, à la pince, un fragment gros comme un pois.

22 février. — Les crises de laryngospasme ont beaucoup diminué de fréquence et d'intensité.

24 février. — L'enfant quitte le service.

En mars et en avril 1910, elle fit deux nouveaux séjours à Saint-Ferdinand pour ses crises convulsives, mais elle ne présentait plus de spasme de la glotte.

CONCLUSIONS

1) Les végétations du pharynx nasal sont fréquentes chez le nourrisson.

2) Avec M. Marfan on peut admettre une parenté morbide entre le rachitisme et les végétations ; celles-ci, comme celui-là, sont dues aux intoxications chroniques du premier âge, les unes acquises, les autres fruits de l'hérédité.

3) Le tableau clinique de l'affection présente, dans sa forme banale, une individualité bien nette avec prédominance marquée des phénomènes respiratoires et des troubles de l'alimentation. Mais il existe aussi une forme latente se traduisant seulement par des phénomènes réflexes (laryngospasme, asthme, toux nocturne) qu'il importe de savoir rapporter à leur véritable cause.

4) Le pronostic sera assombri par la possibilité de troubles graves au cours de l'évolution, et par la production toujours à redouter d'autres complications, surtout otitiques.

5) Le diagnostic est ordinairement facile. S'il existe des doutes sur la présence d'un gros thymus, il faut toujours recourir à la radioscopie.

6) Le traitement pourra être médical si les adénoides sont légères et sans complications. Dans le cas contraire, il sera chirurgical, celui-ci pouvant du reste être précédé du traitement médical chaque fois qu'il n'y a pas urgence.

7) L'ablation se fera à la pince de Ruault, en une ou plusieurs séances, suivant l'absence ou non d'hémorragie et surtout suivant l'âge du petit malade.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
A. WEILL.

Vu :

LE DOYEN,
L. HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 8 Juillet 1911.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- Archives internationales de laryngologie* (mars-avril 1903).
Abscess rétro-pharyngien chez un enfant de 3 mois 1/2.
- ASTIER. — *Bulletins et Mémoires* de la Société de laryngologie.
Paris, 1898, n° 6. Observation de végétations adénoïdes
chez un enfant de 6 semaines.
- BERTRAND. — Des végétations adénoïdes aux divers âges.
- BONNIER. — Traité d'hygiène et de pathologie des enfants du
premier âge (sous la direction du Dr Henri Rothschild),
1905, t. II. Maladies du nez.
- BOULARD. — Thèse de Paris, 1904. De la respiration stridoreuse
chez les nourrissons.
- BAYS. — *Bulletins et Mémoires* de la Société belge d'otologie,
1900. Le naso-pharynx des nouveaux-nés. Etude d'ana-
tomie.
- BRISAUD. — De l'asthme. *Traité de Médecine*, t. IV.
Bulletin de l'Académie de Médecine (Séance du 1^{er} juin 1897).
- CASABIANCA (Louis-Antoine-Nicolas). — Thèse de Bordeaux, 1905.
Des végétations adénoïdes du pharynx nasal chez les
nourrissons.
- CITELLI. — Bolettino delle malattie dell'orecchio, della gola e del
naso, Florence, 1904, p. 141-150. Vegetazioni adenoïdi e
sordi mutismo.

COURTADE. — *Archives internationales de laryngologie*, Paris, janvier-février 1903. De l'examen du pharynx supérieur par le toucher médiat, à l'aide d'explorateurs.

— *Archives internationales de laryngologie*, Paris, mai-juin 1903. Etude clinique et physiologique de l'obstruction nasale.

CUVILIER. — Congrès de Moscou, 1897 (section XII, maladies de l'oreille). Etude sur les végétations adénoïdes pendant la première année de l'enfance (forme de nourrissons).

— Congrès de Madrid, 1903 (section de rhino-laryngologie).

— *Archives internationales de laryngologie*, Paris, 1903, n° 5.

— Traité des maladies de l'enfance, sous la direction du professeur Grancher. Paris, 1904.

DIEULAFOY. — *Manuel de pathologie interne*, Paris, 1904.

DEGLAIRE. — Troubles nerveux en rapport avec la présence de végétations adénoïdes dans le naso-pharynx. Thèse de Paris, 1897.

DUPLAIX. — Les tumeurs adénoïdes et les accès de stridulisme. *Gazette des Hôpitaux*, octobre 1892.

DUTAUZET. — Des végétations adénoïdes et de leurs rapports avec l'asthme. Thèse de Paris, 1894.

ELMERICH. — Végétations adénoïdes chez le nourrisson. Leur influence sur son développement. Thèse de Paris, 1906.

ESCAT. — Evolution et transformations anatomiques de la cavité naso-pharyngienne. Thèse de Paris, 1894.

J. GAREL. — Diagnostic et traitement des maladies du nez.

GOMPERZ. — Analysé in *Revue hebdomadaire de laryngologie*, par Jaukelevitch, 1905. Des otites aiguës chez les enfants à la mamelle.

GRADENIGO. — Congrès biennal des Sociétés italiennes de laryngologie. Rome, octobre 1897. Hyperplasie de la tonsille pharyngienne.

GROSSARD (Paris) et KAUFMANN (Angers). — Des complications de l'adénoïdectomie. Rapport présenté à la Société française d'oto-rhino-laryngologie (Congrès de 1911). Paru dans les *Annales des maladies de l'oreille, du larynx*,

du nez et du pharynx, de Lermoyez (1911, t. XXXVI, 5^e livraison).

GUÉNAU. — Etude clinique des végétations adénoïdes du pharynx nasal des nourrissons. Thèse de Paris, 1897.

JOUSSET. — Végétations adénoïdes du pharynx nasal chez le nourrisson. *Echo Médical du Nord*, 1897, n^o 40.

LAMBERT-LACK. — *The Lancet*, 26 mars 1898. Adenoid growths and laryngeal stridor.

R. LANNOIS. — Précis des maladies des oreilles, du nez, du pharynx et du larynx, t. II.

LANDOLT. — Introduction à l'étude des troubles digestifs liés aux maladies du nez et du rhino-pharynx. Thèse de Paris, 1901.

LERMOYEZ. — Thérapeutique des maladies des fosses nasales. Paris, 1896.

LUBET-BARBON. — *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, novembre 1891. Quelques troubles provoqués par les végétations adénoïdes chez les enfants du premier âge.

LUC et DUBIEF. — Congrès de Berlin, août 1890. Les tumeurs adénoïdes du pharynx nasal aux différents âges.

MARFAN. — *Semaine Médicale*, 18 septembre 1907. Le rachitisme dans ses rapports avec la déformation ogivale de la voûte palatine et l'hypertrophie du tissu lymphoïde du pharynx.

— Comptes-rendus de l'Association française de Pédiatrie, 1910. Pathologie du thymus.

MARTIN. — Du stridor laryngé congénital des nourrissons. Thèse de Bordeaux, 1902.

MASSÉI. — *Archivio italiano di laringologia*. Naples, juillet 1904, p. 108. La vegetazioni adenoidi del cavo naso pharingeo nei poppanti.

— *Archivio italiano di laringologia*. Naples, 1905, p. 16. Vices de conformation congénitaux du nez et des fosses nasales.

— Rapport lu au VIII^e Congrès de la Société italienne de laryngologie. Sienne, 13-15 octobre 1904. Nosographie du stridor dit congénital.

MENDEL. — *Bulletin de l'Académie de Médecine*, Paris, 1^{er} juin 1897. Physiologie et pathologie de la respiration nasale.

MOURE (E.-J.). — Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux, séance du 25 mars 1898. Présentation d'un enfant guéri de coassement des nouveaux-nés par l'ablation de végétations adénoïdes.

— Maladies des fosses nasales. Paris, 1893.

— Traité des maladies de la gorge, du larynx et du pharynx, Paris, 1904.

— *Journal de Médecine* de Bordeaux, n° 35, août 1905. Les végétations adénoïdes chez les nourrissons.

MOURE (E.-J.) et LAFARELLE. — *Bulletins et Mémoires* de la Société française d'otologie. Paris, 1901. Sur quelques particularités morphologiques du naso-pharynx, étudiées au point de vue clinique.

POIRIER. — Traité d'anatomie descriptive. Paris, 1896-1904.

SAUQUET. — Société belge d'otologie, séance du 4 juin 1899. De l'adénotomie dans la première enfance.

SMITH. — *The Lancet*, 25 mai et 8 juin 1895, p. 1298 et 1460.

— *The Lancet*, 1^{er} mars 1898, Adenoïd growths and laryngeal stridor.

SUTHERLAND et L. LACK. — *The Lancet*, septembre 1897. Congenital laryngeal obstruction.

THOMAS. — *Revue hebdomadaire de laryngologie*, Bordeaux, 1900, n° 58. — Végétations adénoïdes et myxoédème.

— *Marseille Médical*, 1899, n° 3. Végétations adénoïdes chez les nouveaux-nés.

TILLAUX. — Traité d'anatomie topographique. Paris, 1900.

WEILL (E.). — Précis de Médecine Infantile, t. I et II, 3^e édition. Lyon, 1911.

